

DISTRETTO SOCIO ASSISTENZIALE N. 1 DI VIBO VALENTIA

OGGETTO: Istanza per l'erogazione di un beneficio economico per l'accesso in una struttura di accoglienza diurna non a carattere sanitario, ubicata in uno dei Comuni del Distretto n. 1, ed eventuale relativo trasporto.

Domanda compilata quale "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" (art. 47 DPR 445/2000).

Generalità del richiedente o della persona che esercita la potestà

COGNOME											NOME					
LUOGO DI NASCITA											DATA DI NASCITA					
CODICE FISCALE																

Generalità del disabile (se persona diversa dal richiedente)

COGNOME											NOME					
LUOGO DI NASCITA											DATA DI NASCITA					
CODICE FISCALE																

Residenza anagrafica del nucleo familiare

VIA/PIAZZA	N.	TELEFONO
COMUNE	PROVINCIA	

Composizione anagrafica del nucleo familiare

cognome e nome	data di nascita	luogo di nascita	rapporto con il disabile

CHIEDE (barrare la/e voce/i che interessa/no)

- che gli venga concesso un beneficio economico per l'accesso in una struttura di accoglienza diurna, ubicata in uno dei Comuni del Distretto n. 1, non a carattere sanitario, per disabili residenti nel Distretto;
- che gli venga concesso un beneficio economico per le spese di trasporto sostenute per raggiungere la struttura di accoglienza diurna, ubicata in uno dei Comuni del Distretto.

A tal fine, **DICHIARA**

- che il disabile _____, frequenta, o intende frequentare, il centro diurno denominato _____, con sede in _____ alla via _____, p.e.c. o e-mail _____, numero di partita IVA e/o codice fiscale _____;
- che il disabile _____, frequentante, o che intende frequentare, il centro diurno denominato _____, con sede in _____, si serve, o si servirà per il trasporto dalla propria abitazione alla sede del centro, dell'Associazione/società _____ con sede in _____ alla via _____, p.e.c. o e-mail _____, numero di partita IVA e/o codice fiscale _____;
- che il reddito ISEE, in corso di validità, del nucleo familiare è di €. _____, per come risulta dall'allegato certificato (anche in copia fotostatica).

_____ data

_____ firma del richiedente

Si allegano:

- copia della certificazione I.S.E.E. (riferita al 2017);
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente che firma l'istanza e del disabile.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art. 4, comma 2 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci.

Informazioni sul D.lgs n. 196/2003:

Ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al contributo, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l'informativa di cui sopra, ☐ nego il consenso ☐ dò il consenso
al trattamento dei dati personali forniti ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 per le finalità indicate nell'informativa.

_____ Data

_____ Il richiedente